

FORMATO DE INSCRIPCION

Estancia Infantil

Ingreso: ____ / ____ / ____

Sistema: _____

Pagó: _____



Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Pasw: _____

Factor RH: _____

Alergia a: _____

Pautas de sueño durante el día: _____

Alimentación: _____

Observaciones especiales:

Nombre del papá o tutor: _____

Domicilio de casa: _____

Teléfono de casa y celular: _____

Empresa o lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

E-mail: _____

Nombre de la mamá o tutora: _____

Domicilio de casa y celular: _____ Teléfono de casa: _____

Empresa o lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

E-mail: _____ Nombre del pediatra: _____

Teléfono de su consultorio: _____ Seguro de gastos médicos _____

Otras personas autorizadas para recoger al niño a parte de los papás:

Nombre: _____

Relación con el Niño: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación con el Niño: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación con el Niño: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación con el Niño: _____ Teléfono: _____

La información proporcionada es actual, me comprometo a informar cualquier cambio en la misma:

* No hay reembolsos

